

Médecine et normes de pratiques : les dimensions oubliées

Patrick CASTEL¹

Texte paru en 2007 dans *Studi Organizzativi, Medicina e regole sulle pratiche : le dimensioni dimenticate* », *Studi Organizzativi*, 9 (1) : 111-132.

RESUME

S'appuyant sur les acquis des recherches menées sur les démarches qualité dans le secteur industriel et commercial, ainsi que sur quelques (trop rares) recherches empiriques menées dans le secteur médical, ce texte vise à questionner les analyses qui ne voient dans le développement de normes de pratiques à destination des médecins qu'une menace pour leur autonomie et la personnalisation des soins à laquelle ils sont attachés. Il rappelle d'abord le caractère ambivalent de toute règle, qui est à la fois instrument de contrôle et de protection et, par là même, instrument de négociation. Il montre ensuite en quoi il est fécond d'étudier le rapport entre, d'un côté, les normes de pratiques et, de l'autre, les caractéristiques du travail des médecins et des relations qu'ils entretiennent entre eux, ces caractéristiques étant en grande partie relatives aux pathologies. D'une part, ce type d'approche est en mesure de mettre en lumière d'autres facteurs expliquant l'acceptation ou le rejet de ces normes par les médecins. D'autre part, il permet de souligner que l'introduction des normes de pratiques médicales n'est pas uniquement susceptible de faire évoluer les rapports de pouvoir entre les médecins et les autres acteurs du système de santé, mais a aussi un impact sur la coordination entre médecins eux-mêmes.

Introduction

Depuis quelques décennies, on assiste, dans les systèmes de santé occidentaux, au développement de normes visant à encadrer et à améliorer les pratiques des médecins. Cette évolution fut d'abord le fait de représentants du corps médical, qui souhaitaient que l'activité des médecins soit davantage fondée sur une approche scientifique, avant d'être relayée par les gestionnaires des systèmes de santé qui ont vu là un moyen de prodiguer les meilleurs soins aux meilleurs coûts.

Selon de nombreuses analyses, ce mouvement irait à l'encontre de l'intérêt des médecins, parce qu'il ne correspondrait pas à la conception qu'ils ont de leur métier, centrée sur le colloque singulier entre eux et leur patient, et parce qu'il porterait en son sein la menace d'un plus grand contrôle de leur activité. Ce texte vise à discuter ces analyses et à mettre en

évidence d'autres facteurs qu'il importe de prendre en compte lors de l'étude de ce phénomène. Pour ce faire, nous nous appuierons sur les acquis des nombreux travaux qui portent sur la normalisation dans le secteur industriel et commercial et nous tenterons de montrer qu'ils conservent toute leur pertinence au-delà de ce seul secteur, à travers l'exposition des rares études empiriques menées dans le secteur sanitaire.

Nous adresserons principalement deux types de critiques aux premières analyses. En premier lieu, elles établissent un lien univoque entre normes de pratiques et contrôle de pratiques. Nous montrerons que, dans la lignée des travaux sur la normalisation dans le secteur industriel et commercial, il est fécond de questionner ce lien : non seulement les normes de qualité n'aboutissent pas toujours à un contrôle effectif des acteurs qui sont censés les respecter, mais elles peuvent même constituer pour eux un instrument de légitimation. La deuxième critique porte sur le fait que ces analyses négligent de mettre en rapport l'étude du développement de ces normes avec les caractéristiques de la prise en charge des malades (en particulier, les tâches et les connaissances qu'un médecin doit maîtriser pour prendre en charge des malades et les relations qu'il entretient avec les autres médecins lors de cette prise en charge). D'un côté, nous montrerons que la compatibilité et l'utilité de ces normes par rapport aux caractéristiques de la prise en charge constituent un facteur explicatif, jusque là négligé, de l'acceptation ou du rejet des normes de pratiques par les médecins. De l'autre, au-delà des modifications des rapports de pouvoir au sein des systèmes de santé que ces normes sont censées induire, il nous semble paradoxal que ces analyses n'étudient pas l'impact concret des normes sur l'organisation de la prise en charge, alors qu'elles ont été introduites pour l'améliorer.

Plus largement, à travers cet exemple, nous voudrions avancer que la sociologie de la médecine gagnerait à ne plus limiter ses analyses aux relations entre les médecins et les autres

¹ Centre de Sociologie des Organisations-CNRS/FNSP (UMR 7116), 19 rue Amélie, 75007 Paris, France, p.castel@csso.cnrs.fr

acteurs du système de santé, pour y intégrer principalement deux éléments : d'une part, l'étude des implications, pour l'activité médicale, des avancées de la science, et en particulier du développement de la recherche clinique ; d'autre part, l'étude des relations entre médecins au plan local pour la prise en charge des patients.

Le développement des normes de pratiques médicales

Au cours du 20^{ème} siècle, des membres du corps médical ont identifié des problèmes d'interface entre la science et la pratique médicale auxquels ils ont tenté de remédier (Berg, 1995 ; Berg, 1997 ; Marks, 1999). Dans un premier temps, ces problèmes étaient attribués aux conditions sociales et économiques dans lesquelles la médecine s'exerçait. Par exemple, des pionniers, américains pour la plupart, ont fait l'analyse que la diffusion de l'information était imparfaite du fait d'une hétérogénéité de la terminologie employée par les médecins et/ou du fait de la spécialisation des médecins et de la parcellisation de la prise en charge qui en découlait (d'où l'idée défendue par certains médecins de créer des dossiers médicaux uniques) (Berg, 1995). Puis, peu à peu, s'est formalisée l'idée selon laquelle l'origine des limites à un exercice scientifique de la médecine était aussi à rechercher dans les capacités limitées des médecins eux-mêmes² (Berg, 1995 ; Cicourel, 2002). Cette analyse eut pour point de départ la mise en évidence de variations inquiétantes dans les pratiques médicales (de Pouvoirville, 1997). Cette nouvelle orientation dans l'identification des problèmes a entraîné une évolution dans la conception des solutions à y apporter. Ainsi, pour améliorer les pratiques individuelles des médecins, certains représentants du corps médical ont commencé à promouvoir l'évaluation des pratiques et le développement d'outils d'aide à la décision. Parmi ces outils,

² Les textes de Feinstein (1967), Weed (1971), Elstein (1978) et, plus récemment, Wennberg (1984) sont généralement considérés comme fondateurs en la matière. Leurs auteurs, médecins, ont été ou sont impliqués dans des institutions médicales ayant pour objectif l'amélioration des pratiques médicales.

on trouve principalement les recommandations de pratique clinique élaborées à partir des "données actuelles de la science", les dossiers médicaux partagés (destinés à améliorer une prise en charge collective) et les "systèmes expert informatisés" (Berg, 1997 ; Timmermans et Berg, 1997 ; Cicourel, 2002).

Parallèlement à cette évolution, les gestionnaires des systèmes de santé occidentaux ont accordé une attention de plus en plus soutenue à la qualité – entendue comme processus organisationnel (Minvielle, 1999 ; Kimberly et Minvielle, 2000) –, la considérant comme un moyen de mieux maîtriser les dépenses et d'améliorer l'efficacité des soins prodigués à travers une « *microrégulation des pratiques* » (Setbon, 2000, p.65)³. Dans cette perspective, les gestionnaires ont marqué un intérêt particulier pour les outils de rationalisation des pratiques médicales développés par certains éléments du corps médical (bonnes pratiques, évaluation du coût des soins), reprenant à leur compte le postulat selon lequel « *à l'identification correcte du problème, le diagnostic de la maladie, correspond une solution thérapeutique appropriée, celle qui permettrait un rétablissement de l'état de santé au meilleur coût* » (Setbon, 2000, p.56). Par exemple, en France, parmi la « *batterie de réformes* » (Moisdon, 2000, p.36) lancées par les pouvoirs publics depuis une dizaine d'années pour initier une approche plus gestionnaire dans les hôpitaux (Moisdon et Tonneau, 1999 ; Engel, Kletz et al., 2000), des actions publiques visant la rationalisation des pratiques médicales ont été menées. Elles ont pour but d'accroître l'efficacité de ces pratiques (Mossé, 1998) et de « *traquer la sous-qualité* » (Kerleau, 1998, p.25)⁴. Ainsi, l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) a été créée en 1987, remplacée en 1996

³ Pour l'évolution du système de santé américain et la montée de la pression économique, voir notamment Starr (1982) et Scott et al. (2000). Pour celle des pays européens, voir Hassenteufel (1997) et Letourmy (2000).

⁴ On observe un mouvement comparable aux Etats-Unis, en particulier au sein des Health Maintenance Organizations (HMO). Avant 1992, des procédures de contrôle de la décision individuelle avaient été développées, qui consistaient essentiellement en un système de pré-autorisation avant toute orientation de patients vers des structures spécialisées et en des seconds avis avant hospitalisation. Depuis 1992, l'ambition de la nouvelle démarche est d'une toute autre ampleur : elle implique une tentative d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins pour la population dont le groupe est responsable : identification et diffusion des meilleures

par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). L'une des missions principales de cette agence est l'élaboration des recommandations pour la pratique clinique.

Une menace pour les médecins ?

De nombreuses analyses en sciences sociales qui s'intéressent à l'évolution des systèmes de santé occidentaux concluent que ce mouvement va à l'encontre de l'intérêt des médecins, ce qui aurait pour conséquence de le freiner. Deux types d'arguments sont avancés pour soutenir cette thèse : i) les normes de pratiques se heurtent à la conception que les médecins ont de leur activité ; ii) leur développement est censé entraîner une modification des relations de pouvoir entre acteurs du système de santé dans le sens d'une réduction de l'autonomie des médecins.

Selon le premier argument, les normes de pratiques s'inscriraient dans une approche de la médecine différente de celle partagée par la grande majorité du corps médical. En effet, selon certains auteurs, il existerait deux approches différentes et *a priori* concurrentes de la médecine. La première, à laquelle les médecins seraient très attachés, considère la santé comme un bien privé qui nécessite une prise en charge curative personnalisée. Dans cette approche, le médecin accorde une grande importance aux caractéristiques psychologiques et sociales propres à chaque patient et propose les traitements les plus adaptés à sa situation, selon les règles d'un « *art 'conjectural' fondamentalement déterminé par la singularité irréductible de la personne soignée* » (Kerleau, 1998, p.27). Les spécificités de chaque individu, qu'il soit soignant ou soigné, interviennent de manière totalement légitime lors du « colloque singulier » (Chandernagor et Dumond, 1996 ; Ogien, 2000 ; Setbon, 2000).

pratiques, développement de formulaires de médication, enquêtes satisfaction, programmes d'éducation, soin préventif, etc. (Casalino, 1997).

La seconde approche, dans laquelle s'inscrit la démarche d'élaboration de normes de pratiques médicales, considère que la santé est un droit que les pouvoirs publics confèrent à leurs citoyens. Cette approche, intrinsèquement collective, serait principalement défendue par les acteurs politiques, les représentants des autorités de tutelle et les directeurs des établissements de soins. Ce droit implique de la part des médecins une prise en charge standardisée, fondée sur les résultats d'études cliniques réalisées sur des cohortes d'individus, les patients étant assimilés à des probabilités statistiques. On voit s'opérer ici un glissement de la conception du soin comme « *acte individuel* » vers une conception du soin comme « *produit d'un système organisé* » (Setbon, 2000, p.54). Cette dernière porterait en germe une homogénéisation entre les médecins et entre les patients, qui deviendraient respectivement des éléments substituables de l'offre et de la demande (Chandernagor et Dumond, 1996 ; Ogien, 2000).

Les causes des réticences du corps médical à la normalisation de ses pratiques seraient alors doubles. D'une part, il existerait une « *tension* » « *entre une éthique que l'on pourrait qualifier de « proximité », car soucieuse de l'intérêt du patient visible, et une éthique de « santé publique », car prenant en compte les intérêts de la population* » (Mossé, 1998, p.54)⁵. D'autre part, les normes de pratiques limiteraient singulièrement l'intérêt de leur activité, dans la mesure où ils n'auraient plus qu'à appliquer les guides de pratiques établis selon les normes scientifiques. Ainsi certains auteurs effectuent-ils un parallèle entre le risque d'appauvrissement des tâches des médecins et la déqualification des ouvriers dans l'industrie (Ritzer et Walczak, 1988 ; Ogien, 2000 ; Setbon, 2000).

Le second argument a trait à l'évolution des relations de pouvoir entre les médecins et les autres acteurs des systèmes de santé. De nombreuses recherches françaises et anglo-saxonnes envisagent essentiellement les normes de pratiques comme menaçant l'autonomie dont

⁵ Bensing (2000) emploie même l'expression de « *separate world* » pour qualifier la différence existant entre ces deux approches.

bénéficiaient les médecins au sein des organisations de santé et que des études classiques avaient mise en exergue (Smith, 1955 ; Freidson, 1970). Selon ces travaux, le développement de normes de pratiques médicales est un phénomène susceptible « *d'ouvrir une brèche dans le monopole détenu par la profession médicale sur les fonctions de définition, d'évaluation et de mesure de la qualité.* » (Setbon, 2000, p.60)

Ainsi, Freidson (1999) lui-même pointait récemment les dangers qui guettent désormais les médecins, alors qu'il s'était attaché depuis les années 1960 à montrer en quoi ils constituaient une profession. Du fait du développement de protocoles auxquels il doit obéir, le médecin serait en train de perdre la capacité qui distingue le professionnel du technicien, celle qui consiste à définir les buts de son travail, les tâches qu'il souhaite exécuter et les critères d'après lesquels on peut l'évaluer. Dans une perspective assez proche, Hassenteufel (1999) diagnostique une "*érosion*" du pouvoir médical en France, fondée en partie sur celle du « *pouvoir professionnel qui renvoie à l'autonomie de la pratique médicale (c'est-à-dire l'autocontrôle), à la monopolisation de l'exercice des soins (c'est-à-dire la domination sur les autres soignants) et aux rapports de pouvoir vis-à-vis des patients* » (p.51)⁶.

Si l'on suit ces analyses, le développement des normes de pratiques marquerait l'intervention des managers dans l'organisation du travail en général et dans celui des médecins en particulier (Ritzer et Walczack, 1988 ; Schweyer, 2000), ainsi que dans la définition de critères de qualité (Ogien, 2000 ; Scott, Ruef et al., 2000). Plus spécifiquement, les recommandations de pratiques offriraient la possibilité aux tiers – patients et gestionnaires – de contrôler la pratique des médecins (Ritzer et Walczack, 1988 ; Setbon, 2000) et limiteraient l'exercice du jugement individuel du médecin au profit de la conformité à des normes collectives et non exclusivement médicales (Ogien, 2000). Certains auteurs

⁶ Les autres dimensions de cette érosion sont pour l'auteur un affaiblissement du « pouvoir économique » et une moindre influence sur les décisions politiques.

américains sont même allés jusqu'à évoquer une prolétarianisation des médecins (Oppenheimer, 1973 ; McKinlay et Arches, 1985)⁷.

Les normes en pratique ou le caractère ambivalent des démarches qualité

Les analyses que nous venons de présenter se fondent sur des raisonnements déductifs, voire prospectifs. Partant d'un modèle plus ou moins explicite de la figure du médecin et/ou des rapports de pouvoir existant entre le corps médical et les autres catégories d'acteurs des systèmes de santé (gestionnaires et patients, notamment), elles tentent de déduire ou de prédire en quoi ces normes bousculent ou risquent de bousculer l'organisation actuelle des systèmes de santé en général et la place du médecin en particulier.

Les études empiriques concernant la mise en œuvre et l'impact de ces normes au plan local sont, elles, peu nombreuses⁸. C'est ce que reconnaissent Hafferty et Light (1995) dans un article portant sur l'évolution du travail médical. Même si, comme les auteurs précédents, ils insistent sur la probabilité d'une déprofessionnalisation de la médecine due à la réduction de la marge de manœuvre individuelle à laquelle les normes de pratiques devraient aboutir, ils soulignent néanmoins le besoin d'études empiriques pour mesurer les effets concrets du développement de ces normes.

Comme nous allons le voir, les constats de rares et récentes études de cas menés dans le secteur sanitaire rejoignent ceux des recherches portant sur la mise en œuvre concrète de démarches qualité dans le secteur industriel et commercial. Ces recherches nous incitent à

⁷ Aux Etats-Unis, ce débat se nourrit en outre du développement du salariat des médecins et de leur adhésion grandissante à des groupes médicaux, alors que la situation antérieure se caractérisait par une pratique individuelle et libérale (Scott et al., 2000).

⁸ On dispose *a contrario* d'études sur les négociations nationales ayant eu cours entre les représentants du corps médical et les instances de régulation autour de l'orientation qualitative des politiques de santé. Pour la France, voir Kerleau (1998), Mossé (1998) et Robelet (2001 et 2002) ; pour l'Europe, voir Hassenteufel (1997) ; pour les Etats-Unis, voir Starr (1982).

nuancer les analyses qui envisagent les normes de pratiques uniquement comme une menace pour le corps médical.

Normes et capacité de contrôle : un lien à questionner

Il convient d'abord de noter que l'interrogation des chercheurs en sciences sociales sur les possibilités qu'ont les acteurs non médicaux d'utiliser les normes de pratiques, une fois qu'elles sont élaborées, pour contrôler l'activité des médecins, n'a rien de spécifique au domaine de la médecine. Une question comparable traverse les travaux consacrés à la mise en place des démarches qualité dans le domaine industriel et commercial : dans quelle mesure ces démarches sont-elles un outil au service des managers pour mieux contrôler leurs subordonnés ou leurs fournisseurs⁹ ? De même, l'interrogation sur la compatibilité des recommandations avec le caractère singulier de toute prise en charge de malade peut être rapprochée de la question de la compatibilité du « *système universel* » des normes ISO avec la singularité de chaque ensemble organisé (Segrestin, 1997 ; Brunsson, 2000).

Or, les recherches menées dans le secteur industriel et commercial nous ont appris que le lien entre élaboration de normes et contrôle des pratiques n'a rien d'univoque et qu'il convient de l'interroger. Elles ont mis en évidence le caractère ambivalent de telles démarches et la variété de leurs implications. D'abord, il y a loin de la standardisation des procédures à la standardisation des pratiques, la première, dans sa philosophie même, consistant généralement en une obligation de moyens plutôt qu'en une obligation de résultats, ce qui a des conséquences évidentes sur les modalités de contrôle envisagées (Segrestin, 1997 ; Cochoy, 2001). Ensuite, bien souvent, l'entrée dans la démarche entraîne des négociations et une mise en forme locale des normes, compatible avec les intérêts des acteurs concernés et avec leurs

⁹ Voir en particulier le numéro spécial de la Revue d'Economie Industrielle (Ravix et Romani, 1996) consacré à la normalisation dans l'industrie et le numéro de Sciences de la Société (1999) consacré aux enjeux organisationnels de la qualité.

pratiques antérieures (Bénézech, 1996 ; Segrestin, 1997 ; Brunsson, 2000). Selon Segrestin, c'est même une condition de l'acceptation et de la réussite de la démarche. L'échec est en effet souvent au bout du processus, lorsque « *le travail sur la norme n'est plus en prise sur les mécanismes endogènes d'apprentissage dont l'entreprise est familière* » (Segrestin, 1997, p.564).

Ces analyses conservent leur pertinence pour le secteur sanitaire. D'abord, les analyses existantes gagneraient à préciser davantage et à distinguer les normes que les médecins sont censés respecter. Des démarches telles que l'accréditation des établissements de santé¹⁰, où il s'agit pour les acteurs médicaux de contribuer à l'élaboration de procédures améliorant l'organisation de la prise en charge des patients, sont différentes dans leur conception même de l'élaboration de protocoles qui sont censés établir un lien entre symptômes et décision de traitement. Robelet (2001 et 2002) a bien montré, par exemple, que les contraintes que la démarche d'accréditation faisait peser sur les médecins étaient très limitées et a relativisé les analyses qui n'y voyaient qu'un procédé technocratique de reprise en main des médecins.

Cependant, même dans le cas de normes de qualité concernant directement les décisions médicales, il n'est pas certain que les tiers disposent des ressources cognitives et matérielles qui sont nécessaires à leur utilisation en routine comme moyen de contrôle de l'activité médicale. Ainsi, Casalino (1997) a montré comment les médecins pouvaient se réapproprier la démarche de qualité dans le cadre du développement des Health Maintenance Organizations (HMO) aux Etats-Unis. Ces organisations sont censées davantage contraindre les médecins dans l'exercice de leur activité, puisque ces derniers sont désormais rémunérés par une enveloppe fixée *a priori* et non plus à l'acte et doivent respecter des procédures de qualité plus strictes. Or, l'auteur montre comment les médecins, qui avaient jusque là majoritairement

¹⁰ Introduite au sein du système de santé par les ordonnances du 24 avril 1996, l'accréditation est une procédure d'évaluation des établissements de santé et a pour objectif de s'assurer que ces établissements développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients (Robelet, 2001).

une pratique individuelle et libérale, ont vu l'intérêt de se regrouper au sein de groupes médicaux. Ces groupes ont élaboré leurs propres procédures de qualité, anticipant les attentes des HMO, et les HMO ne sont pas intervenus dans le contrôle direct de l'activité, parce qu'ils n'étaient alors pas suffisamment structurés pour l'assumer.

Un instrument de légitimation

Au-delà de la question des possibilités de contrôle, les recherches dans le secteur industriel et commercial ont noté l'ambiguïté des normes de qualité qui représentent aussi un instrument de légitimation pour les acteurs concernés. Cochoy et de Terssac (1999) font même l'analyse que, là, réside le « *quiproquo fondateur* » des démarches de qualité. D'un côté, l'entrée dans la démarche entraîne pour les acteurs ou les organisations la formalisation de certaines règles et procédures auxquelles ils doivent se conformer et d'après lesquelles ils sont susceptibles d'être évalués par un tiers. De l'autre, elle permet à ces mêmes acteurs ou organisations d'attester de leur contribution et, dans le même temps, de limiter l'exercice de tout jugement discrétionnaire à leur encontre (par le supérieur hiérarchique, la tutelle ou le donneur d'ordre selon les cas) (Segrestin, 1996 ; Cochoy, Garel et de Terssac, 1998).

Dans le domaine sanitaire aussi, certaines recherches empiriques ont pu montrer que les médecins trouvaient dans la démarche un outil de légitimation. Nous nous rapprochons d'un phénomène que les historiens de la médecine ont mis en avant : l'invocation de la science comme moyen de renforcer l'identité professionnelle vis-à-vis de l'extérieur (et cela, dès la fin du 19^{ème} siècle, à un moment où il était encore peu clair si la science pouvait effectivement avoir des répercussions sur les traitements et s'il était même possible d'avoir une approche scientifique de la médecine) (Vogel et Rosenberg, 1979 ; Rosenberg, 1987). Cependant, dans les cas que nous allons évoquer, "l'invocation de la science" n'a pas seulement pour objectif de légitimer les pratiques du corps médical dans son ensemble vis-à-vis des autres acteurs du

système de santé, mais aussi d'améliorer le positionnement de certains médecins ou de spécialités médicales vis-à-vis d'autres médecins.

Ainsi, une étude menée sur les médecins de la sécurité sociale aux Pays-Bas (Berg et al., 2000) a montré que l'instauration de standards était un moyen pour eux de revaloriser leur discipline et de légitimer leurs décisions vis-à-vis de tiers. Bien que les auteurs notent le risque de réduction potentielle de l'autonomie individuelle que ces standards font encourir, ils relativisent cette menace en montrant comment l'élaboration de standards par les médecins de la sécurité sociale leur permet en fait de renforcer leur position professionnelle. En effet, jusqu'à présent, ils étaient fréquemment accusés de procéder à des décisions arbitraires pour juger de l'invalidité des assurés sociaux. Dans ce contexte, l'élaboration de standards était une réponse à cette faiblesse en parant leurs décisions d'une « *objectivité* » et ce, même si les recommandations qu'ils ont élaborées laissent encore une large part à l'interprétation et au jugement individuels. De plus, leurs superviseurs ne les utilisent pas directement pour contrôler leur travail. Au total, bien que la standardisation impose une nouvelle activité de « reporting », afin de justifier les décisions, les standards sont globalement considérés par les médecins comme une ressource plutôt que comme une contrainte.

De même, dans une étude que nous avons menée dans le domaine de la cancérologie (Castel, 2002), nous avons montré que, sous l'impulsion de médecins, la mise en place de réseaux chargés d'élaborer et de diffuser des normes de pratiques contribue à afficher une image de la communauté médicale régionale plus cohésive vis-à-vis des régulateurs et à mettre en avant un fondement plus objectif des pratiques médicales, en revendiquant son inscription dans une démarche scientifique et collective. En élaborant leurs propres normes de pratiques médicales, qui consistent à la fois en protocoles de traitement pour certains types de cancers et en une norme d'organisation (plusieurs médecins de spécialité différente doivent participer à la décision thérapeutique), les médecins font montre de bonne volonté vis-à-vis

des nouvelles orientations de la politique sanitaire et obtiennent une certaine reconnaissance de la part des autorités de tutelle. L'une des conséquences de ce regain de légitimité pour les acteurs médicaux qui participent à la lutte contre le cancer réside dans le fait que les autorités de tutelle ont tendance à moins questionner le bien-fondé des dépenses médicales et pharmaceutiques. Au contraire, elles utilisent dans certaines régions les critères de qualité fixés par les médecins eux-mêmes pour prendre en charge une partie des déficits.

Au plan individuel, les médecins qui prennent en charge des patients atteints de cancer tendent à revendiquer leur autorité, non pas en tant qu'individus, mais en tant que membres d'un réseau, soit d'une communauté, qui a fixé des critères de qualité et élaboré des standards sur une base rationnelle et scientifique. En adhérant au réseau, les médecins obtiennent une sorte de label qui les rend plus légitimes et qui est censé limiter les fuites de patients vers les établissements plus prestigieux que sont les Centres Hospitalo-Universitaires et les Centres de Lutte Contre le Cancer. Cette légitimité est sans doute supérieure à celle qu'ils obtiendraient s'ils indiquaient respecter de manière individuelle leurs propres guides de pratiques, conformes aux données de la science. En effet, une organisation qui promeut des standards peut procurer à chacun de ses membres une légitimité plus grande que celle dont pourrait bénéficier chaque individu en revendiquant de façon isolée son adhésion aux mêmes standards (Ahrne, Brunsson et Garsten, 2000).

Enfin, Robelet (2001 et 2002) a montré que l'entrée dans la démarche d'accréditation ANAES par des médecins pouvait servir des visées stratégiques, dans un but de renforcer la situation de leadership vis-à-vis des autres acteurs médicaux ou de défendre une position menacée.

Ces constats rejoignent finalement ce que des études organisationnelles classiques ont mis en évidence, à savoir le caractère ambivalent de toute règle qui est à la fois instrument de

contrôle et de protection et, par là même, instrument de négociation (Gouldner, 1954 ; Crozier, 1963).

Pour mener plus avant la réflexion, il nous semble que l'analyse des professions proposée par Abbott (1988) est sur ce point particulièrement utile. L'auteur a bien montré l'importance que la définition et le contenu effectif des tâches revêtent pour qu'une profession puisse asseoir et défendre sa "juridiction". A partir de cette grille, il s'agirait d'analyser dans quelle mesure l'existence de recommandations rend la décision thérapeutique automatique. En d'autres termes, limitent-elles la nécessité pour un médecin d'élaborer des raisonnements complexes, fondés sur des connaissances abstraites et des compétences spécifiques ? Outre l'intérêt du travail médical, ce qui est en jeu à travers ces questions sont les relations entre les médecins et les non-médecins. Il s'agit de comprendre si les outils de normalisation servent de moyen de légitimation pour défendre la "juridiction" des médecins en rendant plus scientifique le fondement de leurs pratiques (et donc moins attaquable) ou, au contraire, si ces outils « automatisent » le diagnostic et introduisent une trop grande prévisibilité entre le diagnostic et la prescription du traitement, ce qui facilite l'immixtion d'acteurs extérieurs. L'existence de « systèmes experts » utilisables par des tiers serait, par exemple, de ce point de vue, un indice d'une automatisation des tâches des médecins. En tout état de cause, avant de diagnostiquer ou de pronostiquer l'avènement d'« une certaine forme de taylorisme » en médecine (Setbon, 2000), il paraît essentiel d'accorder une importance plus grande à la description fine de l'évolution effective des tâches des médecins.

Standards et organisation de la prise en charge

Au-delà de l'évolution des relations de pouvoir entre le corps médical et les autres acteurs du système de santé qui focalise (monopolise ?) l'attention des chercheurs en sciences

sociales¹¹, nous souhaitons montrer qu'une dimension de la normalisation, qui a été négligée jusque là, est essentielle à une meilleure compréhension du phénomène : l'étude du rapport entre les normes de pratiques et les caractéristiques de la prise en charge des malades (en particulier, les ressources et les contraintes d'un médecin pour prendre une décision de traitement et les relations qu'il entretient avec les autres médecins susceptibles d'intervenir dans la prise en charge). Deux arguments justifient une telle perspective. Le premier est d'ordre heuristique. Nous avons vu que la crainte d'un contrôle lié aux normes de pratiques ou la présumée opposition entre médecine collective et soins individualisés sont des hypothèses insuffisantes pour comprendre l'éventuelle réticence de certains médecins envers ces normes, puisqu'elles n'expliquent pas pourquoi, dans certains cas, les médecins adhèrent à ce processus. Pour une meilleure compréhension des raisons de l'acceptation ou du rejet de ces normes par les médecins, nous avançons qu'il est essentiel d'étudier i) dans quelle mesure ces normes répondent aux difficultés rencontrées par les médecins dans le cadre de la prise en charge des malades et ii) dans quelle mesure elles sont compatibles avec les caractéristiques des relations existant entre médecins. Le second argument est pragmatique : dès lors que ces normes de pratiques médicales, promues par les médecins réformateurs, puis par les gestionnaires des systèmes de santé, visent à améliorer la qualité des pratiques médicales (cf. *supra*), il paraît légitime de tenter d'évaluer l'impact de leur mise en œuvre sur l'organisation de la prise en charge des malades.

Les normes de qualité comme aide à la décision et outil de coordination

Sur ces questions, la littérature sur le secteur marchand nous est également utile : des recherches montrent bien que les normes de qualité sont susceptibles de constituer une

¹¹ Il y aurait sans doute une histoire de la « sociologie de la médecine » à écrire, afin d'étudier l'influence d'auteurs tels que Parsons (1951, 1954) ou Freidson (1970) sur l'orientation des recherches postérieures et de voir en quoi leurs analyses, centrées sur le rapport entre le corps médical et, pour le dire vite, le reste des

solution aux incertitudes auxquelles les acteurs sont confrontés dans un contexte de travail. Au plan individuel, elles peuvent représenter une aide à la décision. Au plan collectif, elles peuvent être un outil qui facilite la coordination dans des configurations où la production d'un acteur ou d'une organisation dépend des comportements de ses partenaires.

Depuis March et Simon (1958), le postulat de la rationalité limitée des acteurs a été bien établi. Non seulement les acteurs n'ont pas accès à toute l'information nécessaire pour prendre une décision, mais ils ont une capacité limitée pour traiter celle qu'ils ont à disposition. Dans cette perspective, les normes de qualité peuvent être analysées comme des dispositifs permettant de synthétiser et de traiter l'information à un moment donné. Le recours à ces normes pour prendre une décision représente éventuellement un gain de temps et peut avoir une dimension rassurante. Par exemple, dans son étude sur la mise en œuvre de procédures qualité dans une chaîne de restauration, Dubuisson (1999) montre que les gérants locaux des restaurants trouvent « *dans l'existence de ces cadrages une assistance pour la réalisation de certains arbitrages critiques* » (p.74) et ont tendance à apprécier ces dispositifs qui « *diluent le risque dans le collectif* » (p.75). En cas d'erreur, c'est moins l'individu seul qui se trompe que le groupe.

D'autres recherches ont étudié en quoi les normes de qualité, entendues comme une réponse collective et formalisée à un problème répétitif, représentent aussi une solution au problème de la coordination entre acteurs et entre organisations (Foray, 1995 ; Segrestin, 1997 ; Brunsson et Jacobsson, 2000). D'abord, l'élaboration des normes peut avoir pour conséquence un accroissement des connaissances partagées, ainsi que la formalisation de règles communes qui facilitent la compatibilité des processus de production entre partenaires économiques (Bénézech, 1996 ; Brunsson, 1999). Mais, au-delà du simple partage d'informations et de la formalisation de règles communes, le processus d'élaboration des

représentants de la société, ont limité pendant longtemps le développement de questionnements sur d'autres thèmes tels que les relations entre médecins ou les relations entre médecins et industrie pharmaceutique.

normes peut mettre en branle une dynamique d'apprentissage collectif à l'intérieur des organisations ou entre organisations (Segrestin, 1997 ; Cochoy, Garel et de Terssac, 1998). En effet, l'entrée dans la démarche implique la mobilisation des acteurs compétents qui *a minima* doivent « *faire front ensemble* » face à l'épreuve de la certification pour élaborer les normes de qualité (Segrestin, 1997, p.575). Mais plus loin, l'entrée dans la démarche peut entraîner une dynamique de concertation et de coopération entre acteurs et organisations, un « *échange cognitif* » (p.576) étant à l'œuvre. Aussi Cochoy, Garel et de Terssac (1998) ont-ils mis l'accent sur l'importance du « *relationnel qui se noue autour de l'écrit* » (p.697) dans le cadre des démarches de certification ISO.

Le cas de la cancérologie

Ces deux dimensions du phénomène de normalisation ont été jusque là occultées par les études portant sur le secteur médical pour privilégier l'étude de l'impact (ou du présupposé impact) des normes de pratiques sur l'évolution des relations entre les médecins et les autres acteurs du système de santé. L'exemple de la cancérologie nous paraît pourtant prometteur : i) l'adhésion croissante des médecins aux normes de pratiques s'explique en partie par le fait qu'elles représentent une solution aux difficultés qu'ils rencontrent ; ii) elles entraînent une modification du mode de coordination entre les différents intervenants et une nouvelle répartition des prises en charge des malades. Nous rappellerons ici les principaux mécanismes, que nous avons détaillés ailleurs (Castel, 2002 ; Castel et Merle, 2002).

Dans le cas du cancer, l'organisation de la prise en charge des patients se caractérise depuis une quinzaine d'années par l'entrée de nouveaux médecins sur le marché avec l'arrivée de nouveaux moyens de traitement (notamment la chimiothérapie) et par les difficultés de financement de ces nouveaux traitements. Cette évolution pose avec acuité la question de la coordination entre des médecins de spécialités différentes (chirurgiens, radiothérapeutes, chimiothérapeutes), dans un contexte où l'évolution des connaissances est forte et où les

conséquences d'une erreur de décision peuvent être dramatiques. Par rapport à ces éléments, les normes de pratiques concernant la prise de décision en cancérologie (arbres décisionnels pour certains cancers et nécessité affichée d'une prise de décision collégiale (cf. *supra*)) ont tendance à être perçues par les médecins davantage comme des ressources que comme une contrainte, représentant à la fois un outil de justification des dépenses, un outil de positionnement sur le marché via l'affichage de critères de qualité, un outil d'aide à la décision et un outil de coordination entre spécialistes.

Les réunions de prise de décision collégiale permettent aux médecins de capitaliser les savoirs et les expériences de leurs confrères, tandis que les arbres décisionnels permettent de définir collectivement une hiérarchisation entre les différentes solutions possibles selon leur efficacité. Alors qu'une partie de ces connaissances était l'apanage des leaders d'opinion et des professeurs des universités, arbres décisionnels et réunions de prise de décision collégiale visent à en faire bénéficier d'autres médecins moins spécialisés. En somme, en paraphrasant Segrestin qui applique cette formule aux normes ISO, nous pouvons avancer que la « *logique de ces normes* » consiste à imputer aux établissements qui participent aux réseaux régionaux de cancérologie « *des 'règles de l'art' jusqu'alors identifiées à des personnes ou à des communautés de métier* » (Segrestin, 1996, p.297).

La marge de manœuvre laissée aux médecins en région dans la déclinaison de ces normes explique aussi leur adhésion. En effet, les recommandations nationales ou internationales – quand elles existent – sont rarement utilisées telles quelles et nécessitent une déclinaison, pour les rendre facilement mobilisables (en les traduisant en arbres de décision, par exemple), pour les préciser ou pour privilégier une stratégie quand plusieurs options sont scientifiquement valides. En conséquence, l'élaboration des arbres décisionnels entraîne la formation de groupes de travail médicaux pour les élaborer au sein de réseaux régionaux. Ce processus permet notamment une adaptation de ces normes aux moyens locaux : alors que, dans un

premier temps, les médecins universitaires avaient tendance à vouloir favoriser l'utilisation des techniques diagnostiques et thérapeutiques d'avant-garde que les autres médecins ne pouvaient pas mettre en œuvre, la phase de déclinaison locale qui mobilise un grand nombre de médecins permet de rendre acceptables par tout le monde les recommandations finales. De même, la souplesse de l'articulation entre les réunions collégiales de prise de décision et les arbres décisionnels permet à chaque médecin d'avoir recours à l'un ou l'autre dispositif en fonction de la confiance qu'il a dans ses propres compétences et de celle qu'il accorde à ses collègues concernant leurs compétences et leur volonté de capter sa clientèle. Ce mode de mise en œuvre évite que les médecins « réticents » deviennent « opposants ».

De plus, ce processus a tendance à améliorer la coordination des médecins lors de la prise en charge des patients (Castel, 2002). D'abord, il implique le développement de relations personnelles entre les médecins au plan local et contribue donc au décloisonnement des médecins et des établissements. En effet, l'existence de lieux de rencontre (groupes de travail et/ou réunions de prise de décision collégiale qui, par essence, réunissent des médecins d'institutions et de spécialités différentes) contribue à diminuer la méfiance que les médecins peuvent avoir les uns vis-à-vis des autres quant à leurs compétences respectives et à leur volonté de détourner la clientèle. Mais elle contribue aussi à mettre en évidence les compétences spécifiques de chacun d'eux. Schématiquement, cela aboutit à ce que les établissements généralistes prennent de plus en plus de patients atteints de cancers fréquents – les établissements spécialisés renonçant à les concurrencer en raison d'une relative confiance dans le fait que ces derniers appliqueront les traitements définis en commun – tandis que les établissements spécialisés (Centres de Lutte Contre le Cancer ou Centres Hospitaliers Universitaires) se voient confier de plus en plus de cas complexes. Dans le domaine de la cancérologie, comme dans le domaine industriel, la normalisation permet donc un enrichissement des rapports entre acteurs à travers des mécanismes collectifs d'apprentissage.

Une utilité des dispositifs à évaluer

Il nous semble qu'on ne peut pas considérer *a priori* la cancérologie comme un cas isolé. En effet, Gerrity, Earp, DeVellis et Light (1992) ont noté que, paradoxalement, l'accroissement des connaissances et des moyens de traitement dans la médecine moderne ne réduit pas l'incertitude du médecin en situation de décider, incertitude que Fox avait mise en évidence quelques décennies plus tôt (1957). Cette incertitude touche tant aux connaissances actuelles sur une pathologie donnée (certaines données sont peu stabilisées, on connaît mal les chances de survie) qu'à la maîtrise de ces connaissances par les médecins. Nous pouvons raisonnablement poser pour hypothèse que les normes de pratiques sont susceptibles d'apporter une aide à la décision pour d'autres pathologies que le cancer et dans des conditions qu'il conviendra de préciser. La vitesse de l'évolution des connaissances pour certaines pathologies, liée notamment à la dynamique de la recherche clinique, est sans doute un facteur accroissant l'intérêt pour les médecins de disposer d'arbres décisionnels opérant une synthèse des données de la science à un instant « t ». Nous l'avons vu pour le cancer, mais on peut rapprocher notre constat de ce que Dalgarrondo (2000) a observé pour les protocoles de recherche thérapeutique contre le sida. L'auteur met en évidence que la participation à un essai thérapeutique, où il s'agit, pour le médecin, d'appliquer un protocole prédéfini à certaines catégories de malades, offre un cadre scientifique sécurisant dans un contexte où les connaissances évoluent et où les conséquences des mauvaises pratiques peuvent être dramatiques.

A l'inverse, on peut trouver là les raisons d'un faible recours à certaines normes : lorsque celles-ci ne sont pas une réponse pertinente au regard des incertitudes auxquelles doit faire face le médecin pour une pathologie donnée, voire sont incompatibles avec les pratiques existantes, il est probable qu'elles seront peu utilisées. L'exemple suivant illustre notre

propos. Urfalino et al. (2001) ont étudié les raisons pour lesquelles des recommandations sur le traitement de l'asthme et le dépistage du cancer du sein paraissent peu utiles et difficilement utilisables par les médecins généralistes. Ces auteurs montrent que ces recommandations ne prennent pas en compte « *les contraintes et la logique de [la] pratique* » des médecins généralistes (p.47). Les réticences sont donc dues essentiellement au contenu de ces normes. Par exemple, dans le cas de l'asthme, les recommandations, qui sont fondées sur un lien entre attitudes thérapeutiques et stades de gravité de la maladie, se heurtent au fait que les médecins généralistes ont de bonnes raisons, au sens de Boudon (1992), d'accorder un primat à l'intervention : ils ont tendance à mettre rapidement en place un traitement sans « classer » leur patient au préalable. Ils y sont d'autant plus disposés qu'ils ont la perception que l'incertitude concernant le danger et l'efficacité des médicaments à leur disposition a disparu¹². A l'inverse, les recommandations n'apportent pas de solution à un des principaux problèmes du généraliste, à savoir l'ajustement du traitement à l'observance du patient. Le mode de classification des patients est peu adapté aux contraintes rencontrées par les médecins généralistes, ainsi qu'aux moyens dont ils disposent. Aussi, même si les médecins généralistes se déclarent majoritairement favorables à l'existence de recommandations, les recommandations existantes sont-elles difficilement utilisables par eux, ce qui est une des causes identifiées par les auteurs pour rendre compte de l'hétérogénéité des pratiques. Le processus d'élaboration des recommandations explique en partie leur inefficacité. En effet, elles ont été élaborées « une fois pour toutes » par un nombre restreint d'experts, des universitaires, qui les ont fondées d'après un « *idéal normatif* » de la prise de décision. Les médecins généralistes n'ayant pas été impliqués dans cette élaboration, il y avait peu de chance que ces recommandations soient compatibles avec leur activité réelle. En ce sens, les normes sur la prise de décision en cancérologie contrastent avec les recommandations de

¹² Notons que cette situation contraste avec les études présentées plus haut sur le cancer et le sida où les médecins sont confrontés à une instabilité des connaissances sur les solutions thérapeutiques et aux risques qu'ils

l'ANAES. Cependant, l'analyse des auteurs est proche de la nôtre : il est faux de conclure que les médecins sont opposés *a priori* aux normes de pratiques ou que la singularité de chaque personne malade est incompatible avec une approche collective et probabiliste de la médecine. C'est pourquoi il convient d'analyser finement l'activité des médecins, afin de voir dans quelle mesure ces normes répondent ou non aux problèmes qu'ils rencontrent et sont compatibles ou non avec les pratiques existantes.

De même, nous avançons qu'il est fécond d'étudier le rapport entre normes de pratiques et coordination entre médecins. Notons d'abord que plusieurs textes ont posé le caractère problématique de cette coordination dans le domaine médical en général. Bucher et Strauss (1961) ont été parmi les premiers à mettre en avant que la profession médicale ne pouvait être considérée comme un ensemble homogène et que, au sein même d'une spécialité médicale, les intérêts des médecins et leur approche de la médecine pouvaient diverger, mais ils n'ont pas analysé plus avant les mécanismes sur lesquels reposaient les conflits ou au contraire la coopération entre médecins. De même, Strauss (1992) inclut les relations entre médecins dans le « travail d'articulation » lors de la prise en charge des malades, même si, *in fine*, il s'intéresse davantage à l'intervention des personnels soignants et des patients dans les trajectoires des patients qu'aux échanges entre médecins. De façon similaire, Cicourel (2002) note l'importance de la coopération entre médecins pour « *l'élaboration des raisonnements sous-jacents aux diagnostics médicaux* » (p.171), bien que, paradoxalement, il ne le fait qu'incidemment, sans pousser plus avant l'analyse des mécanismes de coopération.

Par rapport à ce problème, il est tout à fait envisageable que les normes de pratiques soient susceptibles, sous certaines conditions à préciser, d'être un outil de coordination entre médecins. Comme nous l'avons vu pour le cancer, on peut faire l'hypothèse que, plus une pathologie nécessite la participation de différents spécialistes, plus il y a de chances que

certaines médecins voient un intérêt à l'élaboration et à la diffusion de normes de pratiques afin d'améliorer la coordination entre eux. A l'inverse, si les médecins de disciplines différentes sont en concurrence pour le traitement des malades, on peut faire l'hypothèse que les normes de pratiques seront difficiles à élaborer et à mettre en œuvre, non seulement en raison du cloisonnement qui peut en résulter et qui peut représenter un handicap à la diffusion de ces normes, mais aussi parce que la formalisation de « bonnes pratiques » risque de donner la primauté à l'une des spécialités¹³.

¹³ C'est sans doute une des raisons pour lesquelles, en cancérologie, l'élaboration d'arbres décisionnels et le développement des réunions pluridisciplinaires sont possibles : les chirurgiens sont finalement peu menacés par les chimiothérapeutes. Ces derniers interviennent en complément et très rarement en substitution des chirurgiens (sauf quand la chirurgie est irréalisable en raison de la propagation des cellules cancéreuses). Passée la méfiance initiale, il s'est avéré que les normes de pratiques ne risquaient pas de se mettre en œuvre au détriment de l'une ou de l'autre spécialité.

Conclusion

A travers les développements auxquels nous venons de procéder, nous ne cherchions ni à nier le fait que les normes de pratiques médicales représentent un défi pour le corps médical, ni à affirmer que les médecins trouvent inévitablement un intérêt à ces normes¹⁴. Cela aurait été tout aussi excessif que les analyses qui ne voient dans les normes de pratiques qu'une menace pour les médecins. Nous l'avons dit, il n'est pas exclu que la formalisation de procédures qualité puisse entraîner l'immixtion de tiers dans le contrôle de tâches réalisées par les acteurs auxquels ces règles sont censées s'appliquer. Mais, à ce jour, cela n'est pas démontré. A l'inverse, nous avons voulu souligner que les médecins pouvaient aussi tirer bénéfice de la démarche et s'y impliquer.

Ces éléments ouvrent la voie à de nouvelles recherches. En raison de l'ambiguïté inhérente à toute démarche de normalisation, celles-ci devront avant tout avoir un fort ancrage empirique, afin d'étudier les différents mécanismes d'élaboration à l'œuvre, ainsi que les modalités concrètes de leur utilisation par les acteurs.

Ces études devront faire tenir ensemble deux niveaux d'analyse : d'un côté, celui de la compatibilité de ces normes et de leur mode d'élaboration avec le travail des médecins et les relations qu'ils entretiennent entre eux et, de l'autre, celui de l'impact de la mise en œuvre de ces normes sur les pratiques de prise en charge des patients. Seule une telle approche permettra de comprendre la forme que prennent ces dispositifs au plan local, les raisons de leur acceptation ou de leur rejet et, *in fine*, l'impact qu'ils ont sur l'évolution de l'organisation du système de santé et des soins aux malades.

¹⁴ De fait, cette dernière assertion serait fausse puisque la presse médicale scientifique est fertile en articles mettant en évidence que certaines recommandations ont plus d'impact que d'autres sur les pratiques, même s'ils peinent à donner des explications satisfaisantes sur ces différences.

Cela impose d'abandonner provisoirement l'ambition d'embrasser le phénomène d'un point de vue général pour se focaliser sur le contenu, l'élaboration et la mise en œuvre de normes de pratiques pour des pathologies bien spécifiques. En focalisant l'attention sur une pathologie, il est possible par exemple de voir si la maîtrise de l'évolution des connaissances scientifiques sur la maladie et sur ses traitements est délicate. En effet, dans le cas du cancer, nous avons montré qu'une telle situation est plutôt favorable à l'acceptation de normes de pratiques par les médecins, puisqu'elles sont susceptibles de représenter un outil d'aide à la décision. De même, en se centrant sur une pathologie, il est possible d'identifier et de circonscrire les catégories de médecins qui sont en situation d'interdépendance dans le cadre de la prise en charge des patients, de mettre en évidence leurs stratégies et de comprendre la nature de leurs relations. Il est plus facile alors de voir en quoi l'éventuelle démarche de normalisation est une réponse aux enjeux qui sont liés à l'organisation de la prise en charge.

L'étude précise de l'activité des médecins permet notamment de comprendre en quoi les normes de pratiques sont acceptables et utiles pour les médecins. Une telle approche doit avoir aussi pour objectif de mesurer concrètement l'impact des normes de pratiques – lorsqu'elles sont mises en œuvre – sur l'évolution des tâches réalisées par les médecins et, partant, sur la qualité des soins dispensés, ce qui, rappelons-le, est un des principaux objectifs initiaux de la démarche de normalisation.

Plus largement, l'attention portée à l'évolution des tâches permettrait d'identifier d'autres conséquences imprévues des normes de pratiques sur l'organisation du système de santé. Nous songeons à trois points en particulier (mais qui n'entendent pas circonscrire la question). Le premier a trait à l'organisation de la profession médicale. L'émergence de normes est-elle en mesure de bousculer la hiérarchie médicale, les médecins dépendant moins de l'avis direct de certains de leurs confrères les mieux informés, puisqu'ils disposent d'outils collectivement établis ? En somme, pour reprendre la terminologie de Karpik (1996), on peut se demander si

le développement de ces normes facilitera le recours à des dispositifs de jugement fondés sur la confiance impersonnelle, au détriment de ceux fondés sur la confiance personnelle. Ou va-t-on au contraire, comme l'analyse Freidson (1984 ;1985), vers une hiérarchisation supplémentaire entre les médecins qui conçoivent les normes et ceux qui les appliquent ? Le second point a trait aux relations avec l'industrie pharmaceutique. Dalgarrondo (2000) a montré que les laboratoires identifiaient certains leaders d'opinion pour conduire et promouvoir leurs essais thérapeutiques, afin d'augmenter les chances de succès commercial des nouveaux médicaments. Si les médecins fondent davantage leurs pratiques sur les normes élaborées collectivement, on peut poser l'hypothèse que la stratégie des laboratoires pour toucher les prescripteurs risque d'être affectée. Le dernier point concerne le rapport entre standardisation et innovation. Foray (1996) a montré qu'il existait une relation non univoque et pas nécessairement antagoniste entre ces deux phénomènes : la standardisation n'est pas par nature opposée à l'innovation, elle peut aussi favoriser l'innovation en définissant des standards de départ qui favorisent la coordination entre acteurs économiques tout en laissant ouvertes les options possibles. On voit tout l'enjeu d'examiner, dans le secteur sanitaire, dans quelles conditions le processus de normalisation représente un frein au développement des innovations ou, au contraire, entraîne une rationalisation de cette recherche, permettant une meilleure identification des questions qui restent en suspens à côté des standards de pratiques.

Bibliographie

- Abbott A.**, 1988. – *The system of professions*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.
- Ahrne G., Brunsson N., Garsten C.**, 2000. – « Standardizing through organization » dans **N. Brunsson, B. Jacobsson** (dir.), *A world of standards*, Oxford, Oxford University Press, pp.50-68.
- Bénézech D.**, 1996. – « La norme : une convention structurant les interrelations technologiques et industrielles », *Revue d'économie industrielle*, n° 75, pp.27-43.
- Bensing J.**, 2000. – « Bridging the gap : the separate world of evidence-based medicine and patient-centered medicine », *Patient Education and Counseling*, n° 39, pp.17-25.
- Berg M.**, 1995. – « Turning a practice into a science : reconceptualizing postwar medical practice », *Social studies of science*, 25, pp.437-476.

- Berg M.**, 1997. – *Rationalizing medical work. Decision support techniques and medical practices*, Cambridge, Mass., MIT Press, 1997.
- Berg M., Horstman K., Plass S., Van Heusden M.**, 2000. – “Guidelines, professionals and the production of objectivity : standardization and the professionalism of insurance medicine”, *Sociology of health & illness*, 22, n° 6, pp.765-791.
- Boudon R.**, 1992. – “Action”, dans **R. Boudon** (dir.), *Traité de sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, pp.21-55.
- Brunsson N.**, 1999. – « Standardization as organization », dans **M. Egeberg, P. Laegreid** (dir.), *Organizing political institutions. Essays for Johan P. Olsen*, Oslo, Scandinavian university press, pp.109-128.
- Brunsson N.**, 2000. – « Standardization and uniformity », dans **N. Brunsson, B. Jacobsson** (dir.), *A world of standards*, Oxford, Oxford University Press, pp.138-150
- Brunsson N., Jacobsson B.** (dir.), 2000. – *A world of standards*, Oxford, Oxford University Press.
- Bucher R., Strauss A.**, 1961. – “Professions in process”, *American Journal of Sociology*, 66, n° 4, pp.325-334.
- Casalino L.P.**, 1997. – *Medical groups and the transition to managed care in California*. Unpublished Ph.D. dissertation, School of Public Health, Berkeley, University of California.
- Castel P.**, 2002 – *Normaliser les pratiques, organiser les médecins*, Thèse de Sociologie, Institut d’Etudes Politiques de Paris.
- Castel P., Merle I.**, 2002 – « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. Le cas de la cancérologie », *Sociologie du Travail*, 44, n° 3, pp.337-355.
- Chandernagor P., Dumond J.-P.**, 1996. – « L’hôpital des années 1990 et ses médecins », dans **A.-P. Contandriopoulos, Y. Souteyrand** (dir.), *L’hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, Paris, John Libbey Eurotext, pp.203-214.
- Cicourel A. V.**, 2002 – *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil.
- Cochoy F.**, 2001 – « Profession, participation, patient : trois enjeux pour la qualité des soins », *Sciences sociales et santé*, 19, n° 2, pp.99-109.
- Cochoy F., de Terssac G.**, 1999. – « Les enjeux organisationnels de la qualité : une mise en perspective », *Sciences de la société*, n° 46, pp.3-18.
- Cochoy F., Garel J.-P., de Terssac G.**, 1998. – « Comment l’écrit travaille l’organisation : le cas des normes ISO 9000 », *Revue Française de Sociologie*, 39, n° 4, pp.673-699.
- Crozier M.**, 1963 – *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Seuil.
- Dalgalarroondo S.**, 2000 – « Une recherche négociée : la recherche thérapeutique VIH en France », *Sociologie du Travail*, 42, n° 1, pp.159-183.
- Dubuisson S.**, 1999. – « Les recettes du restaurant : la codification comme moyen de créer des opportunités d’action », *Sciences de la société*, n° 46, pp.67-81.
- Elstein A. S., Schulman L. S., Sprafka S. A.**, 1978. – *Medical problem solving. An analysis of clinical reasoning*, Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1978.
- Engel F., Kletz F., Moisdon J.-C., Tonneau D.**, 2000. *La démarche gestionnaire à l’hôpital. 2. La régulation du système hospitalier*. Paris, Editions Seli Arslan.
- Feinstein A. R.**, 1967. – *Clinical judgment*, Huntington, Krieger.
- Foray D.**, 1995. – « Standard de référence, coût de transaction et économie de la qualité », dans **F. Nicolas, E. Valceschini** (dir.), *Agro-alimentaire, une économie de la qualité*, Paris, Economica.
- Foray D.**, 1996. – « Diversité, sélection et standardisation : les nouveaux modes de gestion du changement technique », *Revue d’économie industrielle*, n° 75, pp.257-274.

- Fox R.**, 1957. – “Training for uncertainty”, dans **R.K. Merton, G.C. Reader, P. Kendall** (dir.), *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, pp.207-241.
- Freidson E.**, 1970. – *Profession of medicine*, New York, Harper.
- Freidson E.**, 1984. – “The changing nature of professional control”, *Annual Review of Sociology*, 10, pp.1-20.
- Freidson E.**, 1985. – “The reorganization of the medical profession”, *Medical Care Review*, 42, n° 1, pp.11-35.
- Freidson E.**, 1999. – « Professionalism and institutional ethics », dans **R. Baker, A. Caplan, L. Emmanuel, S. Latham** (dir.), *The American Medical Ethics Revolution*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, pp.124-143.
- Gerrity M.S., Earp J.A., DeVellis R.F., Light D.W.**, 1992. – “Uncertainty and professional work : perceptions of physicians in clinical practice”, *American Journal of Sociology*, 97, n° 4, pp.1022-1051.
- Gouldner A. W.**, 1954. – *Patterns of industrial bureaucracy*, Glencoe, Free Press.
- Hafferty F.W., Light D.W.**, 1995. – “Professional dynamics and the changing nature of medical work”, *Journal of Health and Social Behavior*, n° 35, pp.132-153.
- Hassenteufel P.**, 1997. – *Les médecins face à l'Etat*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Hassenteufel P.**, 1999. – « Vers le déclin du "pouvoir médical" ? », *Pouvoirs*, n° 89, pp.51-64.
- Karpik L.**, 1996. – « Dispositifs de confiance et engagements crédibles », *Sociologie du travail*, 38, n° 4, pp.527-550.
- Kerleau M.**, 1998. – « L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé », *Sciences sociales et santé*, 16, n° 4, pp.5-34.
- Kimberly J., Minvielle E.** (dir.), 2000. – *The quality imperative. Measurement and management of quality in healthcare*. London, Imperial College Press.
- Letourmy A.**, 2000. – « Les politiques de santé en Europe : une vue d'ensemble », *Sociologie du Travail*, 42, 1, pp.13-30.
- March J. G., Simon H.**, 1958. – *Organizations*. New York, Wiley.
- Marks H.**, 1999. – *La médecine des peuples. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*. Paris, Institut Synthélabo.
- McKinlay J.B., Arches J.**, 1985. – « Towards the proletarianization of physicians », *International Journal of Health Services*, 15, 2, pp.161-195.
- Minvielle E.**, 1999. – « Les politiques d'amélioration de la qualité des soins l'hôpital. Quel fondement organisationnel ? », *Politiques et management public*, 17, n° 4, pp.59-84.
- Moisdon J.-C.**, 2000. – « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier. », *Sociologie du Travail*, 42, 1, pp.31-49.
- Moisdon J.-C., Tonneau D.**, 1999. – *La démarche gestionnaire à l'hôpital. 1. Recherche sur la gestion interne*. Paris, Editions Seli Arslan.
- Mossé P.**, 1998. – « La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité », *Sciences sociales et santé*, 16, n° 4, pp.35-60.
- Ogien A.**, 2000. – « Médecine, santé et gestion », dans **G. Cresson, F.-X. Schweyer** (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Editions ENSP, pp.133-148.
- Oppenheimer M.**, 1973. – « The proletarianization of the professional », *Sociological review monographs*, 20, 213-227.
- Parsons T.**, 1951. – « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », dans **T. Parsons** (dir.), *The social structure*, Glencoe Ill., Free Press, pp.428-479.
- Parsons T.**, 1954. – *Essays in sociological theory*, New York, Free Press.

- Pouvoirville de G.**, « Peut-on réduire l'hétérogénéité des pratiques médicales ? », dans **J.-C. Saily, T. Lebrun** (dir.), *Dix ans d'avancée en économie de la santé. Actes des XIXèmes journées des économistes de la santé français*, Montrouge, John Libbey Eurotext, pp.209-213.
- Ravix J.-T., Romani P.-M.** (dir.), 1996. – « Normalisation et organisation de l'industrie », *Revue d'économie industrielle*, n° 75 [numéro spécial].
- Ritzer G., Walczak D.**, 1988. – "Rationalization and the deprofessionalization of physicians", *Social forces*, 67, n° 1, pp.1-22.
- Robelet M.**, 2001. – « La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels de qualité », *Sciences sociales et santé*, 19, n° 2, pp.73-98.
- Robelet M.**, 2002. – *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, Thèse de sociologie, Université Aix-Marseille II.
- Rosenberg C.E.**, 1987. – *The care of strangers. The rise of America's hospital system*, New York, Basic Books.
- Schweyer F.-X.**, 2000. – « Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soins ? », dans **G. Cresson, F.-X. Schweyer** (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Editions ENSP, pp.149-170
- Scott W. R., Ruef M., Mendel P. J., Caronna C. A.**, 2000. - *Institutional change and health care organizations : from professional dominance to managed care*, Chicago, Chicago University Press.
- Sciences de la société**, 1999. – « Organisation et qualité », n° 46 [numéro spécial].
- Segrestin D.**, 1996. – « La normalisation de la qualité et l'évolution de la relation de production », *Revue d'économie industrielle*, n° 75, pp.291-307.
- Segrestin D.**, 1997. – « L'entreprise à l'épreuve des normes de marché », *Revue française de sociologie*, 38, pp.553-585.
- Setbon M.**, 2000. – « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du Travail*, 42, n° 1, pp.51-68.
- Smith H.L.**, 1955. – « Two lines of authority : the hospital's dilemma », *Modern Hospital*, n° 84, pp.59-64.
- Starr P.**, 1982 – *The social transformation of American medicine*, New-York, Basic Books.
- Strauss A. L.**, 1992 – *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- Timmermans S., Berg M.**, 1997. – "Standardization in action : achieving local universality through medical protocols", *Social studies of science*, 27, pp.273-305.
- Urfalino P., Bonetti E., Bourgeois I., Dalgalarondo S., Hauray B.**, 2001 – *Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*, Paris, Centre de Sociologie des Organisations.
- Vogel M. J., Rosenberg C. E.** (dir.), 1979. – *The therapeutic revolution : essays in the social history of American medicine*, Philadelphia, PA, University of Pennsylvania Press.
- Weed L. L.**, 1971. – *Medical records, medical education, and patient care*, Chicago, Year Book Medical Publishers.
- Wennberg J. E.**, 1984. – "Dealing with practice variations : a proposal for action", *Health Affairs*, 3, n° 2.